

# CHIRURGIA CAILOR BILIARE

## A1

### TACTICA CHIRURGICALĂ CONTEMPORANĂ ÎN SINDROMUL MIRIZZI

Hotineanu V., Hotineanu A., Ferdohleb A.

*Catedra 2 Chirurgie USMF „N.Testemițanu”*

Scopul studiului a fost optimizarea tratamentului chirurgical al fistulelor colecisto-coledociene (Sindromului Mirizzi). Materiale și metode. Pe parcursul anilor 1990-2010 în Clinica 2 Chirurgie au fost tratați 44(0.27%) pacienți cu Sindromul Mirizzi dintr-un lot total de 16346 cazuri de colecistită calculoasă. Algoritmul diagnostic includea câteva etape consecutive: I etapă - testarea biochimică, examenul sonografic; II etapă - contrastarea directă a arborelui biliar executând CPGRE. În cazurile de dificultăți de diagnostic sa efectuat colangiografia prin rezonanța magnito-nucleară(CRMN). Sonografic am apreciat prezența stazei biliare, a unui colecist deformat cu lipsa unui coraport obișnuit cu CBP, prezența colecistului „călăreț” pe CBP. Diagnosticul topic a fost stabilit prin CPGRE în 32(72.73%) cazuri. Din ele în 7(15.91%) observații am recurs adăugător la CRMN, care a soluționat în 100% situația diagnostică dată. În celelalte 8(18,18%) cazuri diagnosticul s-a stabilit intraoperator. Tratamentul chirurgical a inclus obligatoriu: înlăturarea fistulei colecistocoledociene și coledocolitomie. Așa în 23(42.27%) cazuri, unde defectul parietal coledocian a fost sub 1/3 din diametrul lui, am finisat intervenția cu un drenaj tip Kehr al CBP. Pentru 8(18.18%) observații, la care defectul coledocian a fost de 2/3 din diametru, am rezolvat situația prin plastia CBP cu lambou vascularizat din vezica biliară și un eventual drenaj al CBP după Vișnevschii. La 13(29,55%) pacienți vezica biliară și CBP formau o cavitate comună cu calculi biliari în lumen. La toți acești pacienți am efectuat colecistectomie coledocolitomie și coledocojeunoanastomoză pe ansa jejunală izolată a la Roux.Rezultate. În perioada portoperatorie imediată am sesizat în 6(13,64%) cazuri supurații de plagă, și un caz de bilioragie postoperatorie, soluționate conservativ. Cazurile letale portoperatorii nu au fost. Concluzii: Sindromul Mirizzi este una din cele mai nefavorabile evoluții a colecistitei calculoase, ce necesită un program de diagnostic complex și o atitudine chirurgicală strict individuală.

### SURGICAL TACTICS IN MIRIZZI SYNDROME

The purpose of the study was to optimize the surgical treatment of colecysto-coledocien fistulas (Mirizzi syndrome). Materials and methods There were treated 44 (0.27%) patients with Mirizzi syndrome during the years 1990-2010 in the second Surgery department from a total of 346 cases of cholecystitis total. Diagnostic algorithm included several consecutive stages: I stage - biochemical testing, sonographic examination, stage II - contrasting the biliary tree through direct Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). In difficult cases of diagnosis, nuclear magnetic resonance cholangiography (NMRC) was made. The presence of bile stasis, deformed cholecyst with lack of an usual co-report to the principal biliary way (PBW), the presence of “rider” cholecyst on the PBW were found sonographic. Topic diagnosis was established through ERCP in 32 (72.73%) cases. In 7 (15.91%) cases of them we used in addition NMRC that solved completely every diagnostic situation. In the other 8 (18.18%) cases the diagnosis was established intraoperative. The surgical treatment included mandatory: the removal of cholecistocoledocien fistula and choledocolitotomy. So in 23 (42.27%) cases where the defect in the parietal choledochal was under 1/3 of its diameter, the intervention was finished with Kehr drainage of PBW. In 8 (18.18%) observations with the choledochal defect of 2/3 of its diameter, the situation was solved through plasty PBW with vascularized flap from the gallbladder and an eventual drainage of PBW after Vișnevschii. At 13 (29.55%) patients the gallbladder and PBW formed a common cavity and with biliary gallstones in the lumen. Results Wound suppurations in 6(13, 64%) cases and a case of postoperative bilioragie during the immediate postoperative period, all of them solved conservatively, were found. Conclusion: Mirizzi syndrome is one of the most unfavorable evolutions of calculous cholecystitis that requires a complex diagnostic program and a strictly individual surgical approach.

## A2

### DIAGNOSTICUL ȘI ATITUDINEA CHIRURGICALĂ ÎN STRICTURILE BENIGNE ALE CĂILOR BILIARE EXTRAHEPATICE

Hotineanu V., Ferdohleb A., Hotineanu A., Cotoneț A., Marga S.

*Catedra 2 Chirurgie USMF „N.Testemițanu”*

Introducere. Diagnosticul și atitudinea chirurgicală în stricturile benigne (SB) ale căilor biliare extrahepatice (CBE) reprezintă o filă dificilă și actuală a chirurgiei biliare. Materiale și metode. Pe parcursul anilor 1980-2010 în Clinica 2 Chirurgie au fost tratați 213 pacienți cu SB a CBE. Evaluarea clinică a bolnavilor a includea: 1) stabilirea diagnosticului etiopatogenetic; 2) decompresiuinea preoperatorie a arborelui biliar; 3) actul chirurgical reconstructiv. Algoritmul diagnostic al SBCBE includea câteva etape consecutive: I etapă - testarea biochimică, examenul sonografic; II etapă - contrastarea directă a arborelui biliar executând CPGRE, sau CPT, sau colangiofistulografie. În cazurile de dificultăți de diagnostic sa efectuat colangiografia prin rezonanța magnito-nucleară. Pregătirea preoperatorie sa realizat prin decompresiuinea mini-invazivă a arborelui biliar (drenajul naso-biliar(9,39%), hepatostoma percutană transhepatică(14,8% ) sau stentare endoscopică(8,45%)), tratamentul antibacterian și farmacoterapeutic de detoxicare și corecție a funcției hepatice.Rezultate. Tratamentul chirurgical al SB a CBE a fost în raport direct cu nivelul localizării. Pentru SB de tip I-58(27,23%) cazuri a fost optimă